

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre de Paciente: _____ Género: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguridad social: _____

Teléfono de contacto: _____ Número alternativo: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____ Zip: _____

Correo electrónico: _____

Estoy de acuerdo en que AOW puede comunicarse electrónicamente en la dirección de correo electrónico que aparece arriba. Estoy conciente de que existe un cierto nivel de riesgo de que terceros puedan leer correos electrónicos sin cifrar. Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito. Firma/Fecha: _____

Nombre/Teléfono del contacto de emergencia (para esperar en el consultorio dental):

Información del seguro dental:

Compañía de seguros principal: _____ Teléfono: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacido: _____

Identificación o SSN: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre del empleador: _____ Plan o Grupo: _____

Dirección del asegurado: _____

Información del seguro secundario:

Compañía de seguros principal: _____ Teléfono: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacido: _____

Identificación o SSN: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre del empleador: _____ Plan o Grupo: _____

Dirección del asegurado: _____

POR OFICINA DE DENTISTA SOLAMENTE:

Name of Office: _____ Date Scheduled: _____

Length of anesthesia: _____ Dental Procedure: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

PROPÓSITO: Este formulario se proporciona para obtener el consentimiento para que AOW a usar y/o divulgar información médica protegida de la persona para fines de tratamiento, pago y funciones de atención médica.

Consentimiento individual: al firmar este formulario, autorizo a AOW a usar y/o divulgar información médica protegida (PHI) de la siguiente manera:

- Para proporcionar y coordinar mi tratamiento entre otros proveedores de atención médica o personal que pueda participar en mi tratamiento médico/dental directa o indirectamente
- a la familia del paciente, amigos y otras personas que participan en su atención médica
- A terceros pagadores, cobradores o árbitros para el pago, o cobro, de los servicios de atención médica del paciente

Aviso de derecho a rechazar el consentimiento de divulgación: Usted tiene el derecho a negarse a firmar esta autorización. Sin embargo, si decide no firmar este consentimiento, podemos negarnos a tratarlo. Cuando su información se usa o divulga de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la Regla de privacidad federal de HIPAA. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que recibamos una solicitud por escrito para eliminar el consentimiento. Usted tiene el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que la práctica haya actuado basándose en esta autorización antes de la revocación. Mi revocación por escrito debe enviarse a:

AOW Mobile Anesthesia, LLC
6602 Appleview Rd, #1
Yakima, WA 98908

OPCIONAL: Doy permiso a AOW para compartir mi información de salud y tener conversaciones con:

Nombre de la persona

Relación con el paciente

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: AOW mantiene un registro de los servicios de atención médica que le brindamos de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), según le enmienda de la ley federal y RCW 70.02.120. Al firmar a continuación, confirmo que me han informado sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad de AOW. Se me ha otorgado el derecho de revisar y recibir una copia de dicho Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que AOW tiene el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad y que puedo comunicarme con esta oficina como se indica en la dirección anterior para obtener una copia actual del Aviso de Prácticas de privacidad.

Firmado por: _____
Firma del Paciente o Tutor Legal

Relación con el Paciente

Imprimir el Nombre del Paciente o Representante

Fecha

ACUERDO DE PAGO DEL PACIENTE

(TODOS los pacientes deben firmar)

Solicito que el pago de Medicare autorizado, Medicaid y/o otros beneficios de seguro se realicen en mi nombre a los **Anestesiastas de Washington, LLC, dba AOW o proveedor** para cualquier servicios que me proporciona el proveedor antes mencionado. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a Medicare, Medicaid y / o cualquier otra compañía de seguros y sus agentes, toda la información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados. **Entiendo que facturar a mi compañía de seguros es una cortesía y no una obligación de este servicio.**

Estoy de acuerdo en que la cantidad descontada del pago por adelantado del paciente se debe en el momento del servicio o antes. Además, acepto que soy responsable de todos los cargos, ya sea que estén pendiente los pagos del seguro o sean posible en el futuro o si mi compañía de seguros niega el pago a **Anesthetists of Washington, LLC dba AOW, o al proveedor.**

Estoy de acuerdo en proporcionar a los **anestesiastas de Washington, LLC, dba AOW o proveedor**, el seguro adecuado y / o la información de compensación para el trabajador al momento del servicio. Entiendo que si no lo hago, soy responsable de todos los cargos incurridos.

En el caso de que mi cuenta esté vencida, (no pagada después de noventa (90) días de la facturación inicial, y no haya respondido al aviso final), la cuenta puede ser remitida a una agencia de cobranza. Estoy de acuerdo en pagar el 1% de interés simple por mes y el 12% de interés simple anual sobre cualquier saldo impago a la fecha de la última fecha de servicio. También estoy de acuerdo en que habrá un **cargo de \$ 35.00** por todos los cheques devueltos.

Firma del paciente y / o tutor legal

Fecha

AUTORIZACIÓN DE MEDIGAP (para pacientes de pólizas secundarias de Medicare y pacientes con seguro secundario) Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí, a revelar a cualquier pagador de Medigap o otro seguro secundario, según se indica en mi tabla, cualquier información necesaria para este o un Medigap relacionado o otro reclamo de seguro. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico que se asignará a los **Anestesiastas de Washington, LLC, dba AOW, o proveedor**, que acepte la asignación.

Firma del paciente y / o tutor legal

Fecha

ACUERDO DE MEDIACIÓN: PROVEEDOR DEL PACIENTE: Alentamos la comunicación abierta y pedimos a nuestros pacientes que firmen este acuerdo de mediación. Aunque no anticipamos ningún problema o inquietud durante el curso de su tratamiento, si surgiera algún problema, usted (y / o su asesor legal) y su proveedor de atención médica (y / o su asesor legal) aceptan reunirse con un mediador neutral y trabajar hacia una solución. Ya sea que se encuentre o no una solución, la mediación puede posponer pero no elimina ni bloquea sus derechos legales. Es importante destacar que usted acepta que cualquier uso o interferencia en una "reclamación" se entenderá y leerá como "reclamación potencial" hasta que se complete la mediación. Esta designación nos permite comenzar de una manera menos formal que se ha demostrado que agiliza el proceso de resolución. Su firma en esta página confirma que en caso de que surja una inquietud en cualquier aspecto de la atención brindada por esta oficina, el personal y los profesionales de la salud afiliados, usted acepta mediar antes de iniciar una acción legal.

Firma del paciente y / o tutor legal

Fecha

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO: _____

FECHA DE NACIDO: _____ AGE: _____

M or F
(Circle One)

Por favor indique todos los medicamentos que está tomando actualmente:

Por favor

SÍ/NO

- ¿Alguna vez ha tenido anestesia? En caso afirmativo, ¿hubo alguna complicación con el anestesia anterior tratamiento de? Por favor explique: _____
- ¿Tiene alguna alergia? (Drogas, alimentos, látex, otros) _____
- ¿Tiene buena salud?
- ¿Estás embarazada? En caso afirmativo, número de meses: _____
- ¿Está bajo el cuidado de un médico? ¿Con qué propósito? _____
- ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación u hospitalización en los últimos 5 años?
Si es así, ¿para qué?
- ¿Tiene sangrado o moretones con facilidad o ha tenido un sangrado anormal con un tratamiento previo?
- ¿Tiene algún trastorno hemorrágico? (es decir, anemia, células falciformes, sangrado prolongado)
- ¿Usa usted tabaco, masticación o marihuana? Si es así, ¿cuánto / a menudo? _____
- ¿Usas drogas o narcóticos?
- ¿Tiene articulaciones artificiales (cadera, rodilla, codo) o válvulas cardíacas artificiales?
- ¿Tienes un marcapasos?
- ¿Se ha sometido a una cirugía o tratamiento de radiación para un tumor o el crecimiento de la cabeza o el cuello?
- ¿Alguna vez ha tenido algún problema grave asociado con algún tratamiento dental anterior, cirugía o anestesia? En caso afirmativo, explique: _____
- ¿Alguna persona de su familia ha tenido una mala reacción a un anestésico anterior?
- ¿Usa lentes de contacto?
- ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o problemas respiratorios?
Asma Bronquitis Neumonía Enfisema Tuberculosis (TB)
Fiebre del heno Tos crónica Problemas de sinusitis Alergias
- ¿Tiene actualmente un resfriado o gripe?

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE (CONTINUAR)

NOMBRE COMPLETO: _____

FECHA DE NACIDO: _____ AGE: _____ M or F
(Circle One)

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud? (circule todo lo que corresponda):

Diabetes Artritis / Reumatismo Hepatitis / Problemas del hígado Úlceras
Apnea del sueño Compromiso Sistema inmunitario Problemas de la tiroides Reflujo / ERGE
Dolor en el pecho / derrame cerebral Presión arterial alta / baja renal Problemas
Síndrome de Down Preservación Complicaciones / Desvanecimiento / Epilepsia SIDA / VIH
Problemas psiquiátricos Problemas psiquiátricos Preservativos Diarrea Cáncer / quimio / radiación
Parálisis espástica

¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema que no se haya mencionado anteriormente? En caso afirmativo, explique:

Entiendo que retener CUALQUIER información podría poner en grave peligro la seguridad de mi salud (o para su hijo si usted es un padre o tutor). He revisado cuidadosamente este historial de salud y he respondido a todas las preguntas de manera veraz según mi leal saber y entender.

Nombre impreso de la persona que firma

Relación con la paciente

Firma

Fecha